

Manejo de pacientes politraumatizados durante la emergencia epidemiológica SARS-CoV-2

Management of politraumatized patients during epidemiological emergency SARS-CoV-2.

Clara Dalila Padilla-Martínez

INTRODUCCIÓN

Debido a que el comportamiento de la pandemia amenaza colapsar el sistema de salud en el país, es imperativo que los que atendemos pacientes con trauma realicemos una planeación estratégica en conjunto con las autoridades de cada hospital.

Recomendaciones

1. Los implicados en el manejo inicial de paciente politraumatizado (urgenciólogo, cirujano, ortopedista, enfermero, radiólogo, etc.) deben recibir capacitación para disminuir el riesgo de contagio, familiarizarse y realizar talleres para evaluar la adecuada colocación del equipo de protección personal. De preferencia, se hará una lista de cotejo en la entrada de la sala de choque donde se recuerde el orden para la colocación y retiro del equipo que, a lo habitualmente recomendado por el Colegio Americano de Cirujanos, se agrega doble guante, gafas de protección (*goggles*) herméticas y careta, porque de tratarse de pacientes graves no podrá realizarse un triage respiratorio y, por otra parte, hay que maximizar precauciones, sobre todo si se realizarán maniobras productoras de aerosoles (intubación, intubación asistida, traqueostomía o cricotiroidotomía, etc).
2. Disponer de sala de choque no COVID-19 para el ingreso de pacientes gravemente traumatizados, así como espacio físico para su recepción en la unidad de cuidados intensivos (UCI).
3. Al realizar la revisión del paciente de acuerdo con el criterio del ATLS, sugerimos se encuentren en la sala de choque: dos médicos y dos enfermeras, un personal externo al área de choque de

Cirugía general y endoscopia gastrointestinal. Directora de ATLS. Hospital General de Zona núm. 83, IMSS. Hospital Ángeles Morelia, Michoacán, México.

Correspondencia

Clara Dalila Padilla Martínez
clarapadilla1@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Padilla-Martínez CD. Manejo de pacientes politraumatizados durante la emergencia epidemiológica SARS-CoV-2. Med Int Méx. 2020;36(Suplemento 2):S64-S65.
<https://doi.org/10.24245/mim.v36id.4205>

apoyo para recibir y transportar muestras, solicitudes, interconsultas, etc.

4. El personal técnico de radiología tomará todas las impresiones requeridas.
5. Si el paciente no tiene traumatismo mayor, puede disminuirse el número de personal para el manejo inicial.
6. Si se requiere realizar USG-Fast (ecografía abdominal dedicada al trauma), de preferencia deberá elegirse USG-Fast-E, el personal que lo lleve a cabo deberá estar familiarizado con la visualización de pleuras, porque se está utilizando para identificar cambios tempranos por COVID-19. Si el paciente está estable y se enviará a estudio de imagen para obtener una tomografía axial computada (TAC) de abdomen, es preferible solicitar TAC simple de tórax.
7. Los hemoderivados deberán usarse con apego a las guías de práctica clínica, evi-

tando su uso indiscriminado y de acuerdo con lineamientos internacionales, manejar a los pacientes bajo el concepto de reanimación balanceada de bajo volumen.

BIBLIOGRAFÍA

1. What healthcare personnel should know about caring for patients with confirmed or possible COVID-19 infection CDC.
2. Care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST Consensus Statement: Triage. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0736>.
3. Emergency resources: COVID-19, Society of Critical Care Medicine.
4. COVID-19 ICU preparedness checklist, Society of Critical Care Medicine.
5. <https://www.facs.org/quality-programs/trauma/maintaining-access>, Committee on Trauma, American College of Surgeons
6. Guan W, Ni Z, Hu Y, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
7. Gabriel Ruiz MD, DABS, FACS, Medical Director: Protocolo para la unidad de resucitación de trauma Covid-19. Centro de Trauma Ryder - Miami, FL, Updated March 27, 2020.